

BAB III

TINJAUAN KASUS

Agar menemukan gambaran nyata untuk melaksanakan asuhan keperawatan meliputi diagnosa medis CKD + ANEMIA, dari itu penulis mengidentifikasi sesuatu masalah yg diperhatikan dari tanggal 11 Februari – 13 Februari 2020 meliputi data pengkajian pada tanggal 11 Februari jam 08.00 s/d 10.00 WIB. Keterangan di dapat dari klien, keluarga dan buku rekam medik klien.

1.1 Pengkajian

Pengkajian ini dilakukan tanggal 11 Februari 2020 pukul 08.00 s/d 10.00 WIB Klien bernama Ny.W usia 50 thn, jenis kelamin wanita, suku Jawa/Indonesia, agama klien Islam, klien tidak bekerja, pendidikan terakhir SMA, alamat tempat tinggal di Malang Bocek. Klien masuk Rumah Sakit di ruang Mawar pada tanggal 11 Februari 2020, dengan diagnosa medik Anemia.

1. Yang utama dikeluhkan saat masuk RS adalah napas sesak, pusing dan lemas seluruh badan. Pengkajian pada tanggal 12 Februari 2020 didapatkan sesak dan batuk berdahak. Upaya yang dilakukan adalah klien berobat ke puskesmas namun tidak ada hasil dan akhirnya klien dirujuk ke Rumah Sakit Universitas Muhammadiyah Malang..

Berdasarkan anamnese yang diperoleh selama pengkajian didapatkan data bahwa riwayat kesehatan yang lalu, bahwa klien \pm 2 tahun terakhir memiliki penyakit Chronic Kidney Diseases (CKD). Dalam riwayat kesehatan keluarga klien mengatakan di dalam keluarganya tidak terdapat riwayat penyakit Chronic Kidney Disease (CKD), Hipertensi (HT) dan Diabetes Melitus (DM).

Riwayat sosial, ketika pengkajian klien mengatakan di asuh kedua orangtuanya, status klien adalah anak kandung, hubungan klien baik dengan teman maupun lingkungan rumah.

Kebutuhan dasar ketika di lakukan pengkajian nutrisi, keluarga klien mengatakan makanan favoritnya yaitu telur dan sayur-sayuran, klien tidak selera makan, alat makan yang di gunakan yaitu piring dan sendok, pola makan 3x sehari, klien hanya menghabiskan ½ porsi makan. Pola istirahat dan tidur, Pola tidur klien teratur, sebelum tidur klien menonton television. Klien tidur siang dari jam 13.00 – 16.00 dan malam klien tidur jam 21.00 - 06.00 WIB. Kebersihan diri, klien mandi 2x sehari pagi dan sore. Saat sakit pasien tidak mandi, hanya diseka oleh keluarga dengan kain basah, cuci muka dan gosok gigi 1x sehari. Aktivitas klien dibantu oleh keluarganya.

Terapi yang didapatkan Ny “ W “ adalah Transfusi Prc 1 labu/hari 500 cc 25 tetes per menit, NaCl 0,9% 20 tetes per menit, furosemide 20 – 40mg, Nebulizer Ventolin 2,5mg, Oksigen NRBM 10 Lpm

Saat di lakukan pemeriksaan penunjang di dapatkan hasil HB 7,6 g/dl, Leukosit 32,2, LED 35 mm/jam, Trombosit 358.000.

2. Pemeriksaan Fisik klien, KU cukup, kesadaran composmentiss, Eyes:4 Verbal:5 Mmotorik:6, TD (140/80 mmHg), Nadi 93x/menit, RR 30 x/menit, Suhu 37°C, (CRT >3 detik), tinggi badan 140 cm, berat badan sebelum sakit 41 kg, saat sakit 39 kg, berat badan ideal 19,2 kg, status gizi kurang. Pemeriksaan mata, Conjunctiva : Anemis, sklera : Ikterik. Pemeriksaan dada Bentuk simetris, tidak ada benjolan, nyeri tekan ⊖, suara jantung peka, paru sonor, bunyi paru vesikuler, bunyi jantung normal. Bentuk simetris. Abdomen, simetris tidak terdapat gangguan. Genitalia tidak terpasang cateter. Punggung tidak terdapat lesi pada kulit punggung, tidak ada kelainan bentuk tulang belakang. Ekstremitas atas bawah normal, tidak terdapat luka dan kelumpuhan. Pendengaran normal, telinga bersih, tidak ada gangguan pada telinga. Penglihatan normal, lapang pandang normal. Fungsi neurologi semua normal, tidak terdapat gangguan. Pemeriksaan kulit tidak terdapat lesi, jaringan parut ⊖, warna kulit sawo matang, tidak ada luka, tekstur halus, struktur kencang, nyeri tekan ⊖

A. Diagnosa Keperawatan

Dari Analisis data diatas bisa diangkat diagnosis keperawatan yaitu :

1. Ketidak Efektipan bersihan jalan nafas b/d meningkatnya secret
2. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan kelemahan akibat peningkatan kerja pernapasan
3. Intoleransi Aktivitas b/d tidak adekuatnya pertahanan skunder .

B. Rencana Perawatan, Implementasi dan Evaluasi

Diagnosis I : Keidak efektifan bersihan jalan nafas b/d meningkatnya sputum ditandai dengan Klien mengatakan “Saya merasa sesak dan batuk berdahak”. RR : 30 x/menit, terdapat secret, ada pergerakan otot bantu napas, suara nafas ronchi, terpasang oksigen NRBM 10 Lpm. Setelah dilaksanakan asuhan keperawatan diharapkan jalan nafas paten dengan kriteria hasil : Menunjukkan jalan nafas efektif

Rencana keperawatan diagnosa ketidak efektifan bersihan jalan nafas yaitu Auskultasi dada agar mengetahui bunyi nafas dan apakah terdapat secret, berikan air minum hangat, Sarankan keluarga agar tidak memakaikan pakaian ketat, kolaborasi penggunaan nebulizer.

Implementasi

Tindakan keperawatan yang diberikan dari tanggal 11 sampai 13 Februari 2020, adapun sebagai berikut : Melakukan BHSP dengan klien, menanyakan keluhan klien, menyarankan klien untuk minum air hangat, memberikan posisi klien yang nyaman (semi fowler), memberikan terapi nebulizer dan furosemide

Evaluasi :

Hasil dari tindakan keperawatan didapatkan data : Klien mengatakan “Saya merasa sesak”. Napas klien cepat, napas tersengal-sengal, terpasang NRBM 10 Lpm. Berdasarkan data ini dapat disimpulkan masalah belum teratasi. Untuk tindakan selanjutnya, lanjutkan intervensi.

Diagnosa II : Intoleransi aktivitas b/d kelemahan fisik di tandai dengan klien mengatakan. “Aktivitas ADL saya dibantu oleh keluarga”. Pasien terlihat lemah,

aktivitas klien di bantu oleh keluarganya. Sesudah di lakukan tindakan keperawatan di harapkan intoleransi aktivitas dapat teratasi dengan kriteria hasil : Dapat melakukan kegiatannya sendiri, menyampaikan kepada perawat terhadap peningkatan kegiatan yg di ukur dengan tidak terdapat sesak nafas, dan kelemahan yang berlebih.

Rencana keperawatan diagnosa intoleransi aktivitas evaluasi respon pasien pada kegiatan, kita berikan lingkungan yang nyaman serta membatasi pengunjung, jelaskan pentingnya istirahat untuk pengobatan dan pentingnya keseimbangan aktivitas dan istirahat. Kita bantu klien menentukan posisi yang nyaman untuk istirahat/tidur, bantu aktivitas ADL klien yg di butuhkan.

Implementasi :

Tindakan keperawatan yang dilakukan dari tanggal 11 sampai 13 februari 2020, adapun sebagai berikut : Mengevaluasi terhadap respon kegiatan klien, memberikan lingkungan yang nyaman serta membatasi pengunjung, menjelaskan pentingnya istirahat untuk pengobatan dan pentingnya keseimbangan, aktivitas dan istirahat, membantu klien menentukan posisi yang nyaman untuk istirahat/tidur, membantu kegiatan ADL yg di butuhkan.

Evaluasi :

Hasil dari tindakan keperawatan didapatkan data : “Saya merasa sesak saat beraktivitas ringan dan berat”. Klien tampak lemah, klien dibantu keluarga ke kamar mandi, klien beraktivitas ditempat tidur, klien dapat duduk, klien dapat makan sendiri. Dari data diatas dapat disimpulkan intoleransi aktivitas dapat teratasi sebagian. Hal ini dapat dibuktikan dengan klien mampu melakukan tindakan mandiri, yaitu mampu makan sendiri tanpa bantuan keluarga/perawat.